

Bases vasculares para el estudio de la Patología del gran Epiplón

Por el Dr. CLIVIO V. NARIO

Cuando se estudian los hechos más comunes de la fisiología y patología del gran epiplón, se observa que ciertas contradicciones plantean otras tantas interrogantes que están muy lejos de quedar dilucidadas, tomando como base las nociones más admitidas.

Tal vez convenga cambiar el ángulo de visualidad bajo el cual se mira la fisiopatología del epiplón, si queremos realizar a favor de ese desplazamiento mental, un progreso en su estudio.

REVISION DE LAS FUNCIONES DEL EPIPLON.

En realidad no convendría hablar de funciones de las láminas epiploicas. Sería preferible considerarlas como prerrogativas. Siendo menos pretenciosa la designación, es seguramente más exacta.

Dentro de un primer grupo, dichas prerrogativas concurren a constituir lo que se ha dado en llamar: "Rol de defensa del epiplón. Acción antitóxica. Macro y microfágica y plástica".

Dejando de lado la acción antitóxica admitida y muy compleja, y en la cual intervienen reacciones humorales y celulares de variada jerarquía, se hecha de ver fácilmente que las acciones macro y microfágica y plástica, no son propias del epiplón en sí; sino más bien propiedades que corresponden a su porción mesotelial como formando parte del sistema peritoneal.

En segundo término se ha hablado de la "movilidad". Dicha prerrogativa debe ser estudiada a nuestro juicio bajo un doble aspecto: "al estado normal y al estado patológico".

Al estado normal el gran epiplón no parece presentar movilidad propia; obedece a la acción de la presión abdominal y a los movimientos respiratorios; pero no es posible señalar otros movimientos más que los impuestos por condiciones extrañas a él mismo. Arnaud ha estudiado este asunto directamente, haciendo ventanas en la pared abdominal; ventanas que luego reabría con placas transparentes. Salvo fenómenos de turgescencia, variables de los vasos epiploicos, no observó en ningún momento movimientos propios.

Al estado patológico, en cambio, es un hecho por demás conocido la tendencia que tiene el epiplón a trasladarse hacia focos inflamatorios localizados con una constancia tal, que ha permitido hablar a muchos autores de movilidad propia. En realidad esta translación en circunstancias patológicas, es el resultado del quimio-tactismo biológico de sus láminas que hace gravitar con rapidez y eficacia sus elementos endotelio - conjuntivos en zonas o focos inflamatorios. Pero no creemos que se pueda hablar de funciones de movilidad y translación propias al epiplón; como no creemos que pueda ser atribuída esa propiedad al asa ilíaca, por ejemplo, por el simple hecho que hallemos este segmento digestivo y su meso recubriendo lesiones focales a distancia.

Dentro de esta rápida revisión de las funciones del gran epiplón nos queda un tercer grupo constituido por sus prerrogativas de "absorción" y "secreción".

La absorción y secreción del epiplón hasta hace poco tiempo pasaban a segundo término frente a las que hemos enumerado anteriormente. Actualmente nuevos estudios de gran valor han rehabilitado su importancia haciéndolos pasar casi a primer plano.

Los estudios modernos de Cunningham parecen establecer en resumen, que ambas prerrogativas están ligadas a una doble orientación de los elementos constitutivos del gran epiplón. En primer término, a una adaptación funcional de los elementos del mesotelio diferenciados y dispuestos para tal fin. En segundo lugar, a su vida interior de intercambio dependiente sobre todo de su función circulatoria.

La consecuencia lógica de estas nociones es que se puede considerar al epiplón bajo una doble faz: como "sistema" dependiente del sistema mesotelial, y como "órgano", morfológicamente y funcionalmente considerado, haciendo intervenir en él la totalidad de los elementos constitutivos.

Hasta el momento actual las interpretaciones dependían sobre todo del primer concepto llevado a un alto grado de aplicación práctica.

Nuestra idea dominante será encarar el problema con el segundo concepto, que tiene la ventaja indudable de ser más amplio y más exacto.

Si dejamos de lado momentáneamente la porción mesotelial nos queda el estudio de la función circulatoria bajo sus múltiples aspectos.

LA CIRCULACION EPIPLOICA.

Desde el punto de vista funcional se puede decir que la circulación epiploica tiene dos categorías de vectores: "vasos de nutrición (arteriales) y vasos de función (linfáticos y venosos)."

Circulación de nutrición. — Los vasos arteriales se caracterizan por su pequeñez en relación con la exigüidad del aporte nutritivo, que necesitan sus elementos constitutivos. En el hombre estos hechos son de la mayor evidencia. Las arterias marginales y las intraepiploicas son tan delgadas que llaman la atención a primera vista. En el perro y en el conejo se hacen idénticas constataciones.

Las necesidades nutritivas de los elementos constitutivos del gran epiploon son muy pequeñas, como lo prueban los estudios sobre vida independiente de las porciones aisladas del resto de su masa principal.

Clínicamente, las constataciones de Arnaud y Patel lo prueban con evidencia.

Experimentalmente, la separación del epiploon por entero muestra que puede vivir en ese estado de segregación provocada.

La biología de los injertos libres en medio aséptico, comprueba la misma noción sobre nutrición mínima.

La circulación de nutrición es pues exigua, como exigua es la necesidad biológica que debe llenar.

CIRCULACION DE FUNCION. — Dos tipos de vasos intervienen; con control de los cambios humorales que tienen bajo su dependencia las acciones de absorción y secreción.

CIRCULACION LINFATICA. — Respecto del sistema linfático del epiploon nos encontramos con verdaderas contradicciones de la mayor sugestión.

Gregoire afirma: “los linfáticos del gran epiploon no han sido estudiados. Es bien posible que sean abundantes y que se dirijan a los ganglios que acompañan la arcada vascular gastro - epiploica. Silhol en su informe al Congreso F. de Cirugía (1927) dice textualmente: “Los linfáticos han sido desde el punto de vista anatómico más supuestos e imaginados que constatados”. Y agrega más adelante: “Es verosímil suponer que los ganglios de la gran curva gástrica sean receptores cmentales de la lámina anterior; y que los de la lámina posterior se dirijan al grupo del hilio del bazo”.

Como se ve, las mayores vaguedades se aperciben, en cuanto se quieren tener datos firmes sobre la circulación linfática del epiploon.

Polart los indica dispuestos como formaciones saculares peri - vasculares, y figura un capilar sanguíneo rodeado de una vaina linfática.

Este hecho, no admitido aún, de ser cierto es también significativo; porque este tipo de disposición linfática se parece singularmente al que se observa en órganos, como el cerebro; en donde la linfa permanece en ambientes intersticiales o lacunares y no tiene vías cerradas como vectores en la intimidad de los tejidos.

Tal vez frente a estas inseguridades en las afirmaciones tanto en

lo que se refiere a los vasos como a los dispositivos ganglionares, convenga pensar; que si se puede hablar de un movimiento de linfa intersticial con vías perivasculares de depleción directa en torrente circulatorio general (venoso), es aventurado hablar de una circulación linfática independiente puesto que no se conocen sus vías principales y sus territorios ganglionares están aún en el campo de la simple suposición.

CIRCULACION VENOSA. — La circulación venosa en cambio tiene una importancia primordial anatómicamente considerada, en relación con los otros sistemas.

El examen directo lo muestra con la mayor evidencia; las inyecciones de substancia opaca, aún con todas las dificultades que comportan, y su radiografía confirman esta noción admitida por todos los autores. Ranvier va más lejos y afirma que los capilares tan numerosos del omento parecen estar bajo la dependencia del sistema venoso.

Si desde el punto de vista morfológico el sistema venoso tiene esa característica, convendría conocer sobre todo qué importancia funcional y patológica se le puede asignar en la fisiopatología que estudiamos.

Hemos tratado de dar una respuesta a este asunto que consideramos de importancia utilizando un pequeño plan experimental.

VALOR DE LA CIRCULACION VENOSA (1)

Para darnos cuenta de su importancia hemos empleado dos procedimientos: a) Ligaduras; b) Obliteración venosa provocada.

LAS LIGADURAS VENOSAS - INFARTO MILIAR OMENTAL. — Hemos estudiado las disposiciones venosas en el perro y en el conejo. Hemos descartado el conejo que presenta una circulación bastante constante; porque el epiplón en este animal es un órgano muy frágil y de difícil manipulación.

Hemos utilizado al perro que tiene el inconveniente de que su circulación es muy variable de un sujeto a otro, pero en cambio el epiplón de los animales de gran talla se presta bien a nuestras exigencias experimentales.

Las láminas del omento están separadas una de otra y se puede decir que ya sea directamente por las marginales omentales o por intermedio de la gastro - epiploica (marginal gástrica), toda la sangre

(1) Las experiencias que relatamos han sido realizadas personalmente, en el Instituto de Medicina Experimental, que dirige el actual Decano Prof. Héctor Rosello a quien agradecemos la generosa hospitalidad que nos dispensó. Igual constancia dejamos consignada para la sección Fotografía de nuestra Facultad a cargo del señor Ibarra por su hábil colaboración.

venosa se dirige a dos colectores: Retroduoderal para la lámina anterior y esplénico para la lámina posterior.

Grosso modo las disposiciones responden pues en el perro, al plan que ha sido descripto por Descomps para el hombre.

TECNICA. — Las ligaduras han sido puestas sobre los colectores terminales; retroduodenal al nivel del borde inferior del duodeno; y esplénico al nivel del extremo inferior del pedículo del bazo.

A veces hemos tenido que colocar una tercera interrupción en otro colector venoso de la lámina posterior que se dirigía independientemente y por su cuenta al hilio esplénico sin seguir la vía de la vena marginal izquierda.

Las ligaduras eran dobles con sección del segmento interpuesto y comprendían exclusivamente las venas. Las arterias que siguen el mismo trayecto, eran aisladas cuidadosamente; y se comprobaba luego por la persistencia de sus latidos de la persistencia de su función.

RESULTADOS. — Los resultados de esta experiencia son variables: nulos en algunos casos (luego veremos qué razón nos pareció intervenir, en esta variabilidad); fueron positivos en otros.

En efecto: al cabo de 15 o 20 minutos se observó en esta última eventualidad la aparición de pequeños puntos de infiltración sanguínea en el epiplón; puntos redondeados, rojos y en cantidad a menudo considerable. Este infarto miliar difuso tenía las siguientes características (foto II).

1.o Tenía el aspecto de una erupción purpúrica que iba apareciendo lenta y progresivamente.

2.o Su topografía era claramente perivenosa, dando la sensación que el tallo vascular se iba poblando de hemorragia.

3.o Era intraomental con conservación de la serosa que permanecía intacta.

No se podía atribuir la aparición de este fenómeno a la manipulación simple del omento:

1.o Porque no se producía en todos los casos;

2.o Porque la manipulación grosera sin ligadura, da lugar a hematomas de contornos difusos e irregulares completamente diferentes del tipo esférico y redondeado constatado;

3.o Porque su topografía perivenosa era demasiado evidente para pensar que la éstasis venosa no tuviera responsabilidad directa en su producción.

4.o Porque como veremos, el fenómeno fué hallado realizado en totalidad como hecho espontáneo, en uno de los perros de experimentación.

El examen microscópico muestra (foto III) en resumen, que cada uno de esos pequeños focos hemorrágicos se constituían alrededor de

un tallo vascular venoso en estado de éstasis y que infiltraba en forma regular y constante las mallas del conjuntivo ambiente.

La variabilidad de este infarto miliar puede ser atribuída a varias causas; pero existe una que parece tener predominancia en su aparición experimental.

Realizada la experiencia en perros en ayunas no se observan fenómenos apreciables.

En cambio cuando se opera en perros en pleno período digestivo después de una alimentación regular, los hechos cobran evidencia e importancia. Este hecho tiene a mi juicio singular significación, indicando que el régimen circulatorio del epiplón se modifica intensamente en los momentos de plétora provocada por la digestión gástrica, y conviene retenerlo para comprender con mayor claridad ciertos hechos fisiológicos y patológicos.

La inyección de sustancias vasodilatadoras (acetilcoline) e hipertensores (adrenalina) no parece modificar la marcha, intensidad o aparición del fenómeno.

INFARTO MILIAR DIFUSO ESPONTANEO. — En dos condiciones bien diferentes pero coincidentes, hemos tenido oportunidad de observar experimentalmente éste infarto miliar.

Clínicamente en una enferma, que falleció en nuestro Servicio por una insuficiencia hepática, con fenómenos de hemorragia tipo purpúrico a raíz de una ictericia grave.

La autopsia probó en esta enferma no sólo la realidad de su grave lesión hepática citolítica y cirrótica con ascitis importante, sino también un infarto miliar del mismo tipo que hemos observado en nuestra experiencia con idénticos caracteres macro y microscópicos (fotos IV y V).

Como un factor de fondo hemorrágico debe ser necesariamente invocado en este caso; y dada la poca frecuencia con que se señalan estas lesiones epiplóicas, nos preguntamos si su aparición tan evidente en esta eventualidad, no se debe imputar a una doble acción: general, de discrasia sanguínea; y local, de alteración circulatoria venosa provocada por la cirrosis intersea hepato-esplénica comprobada en forma concluyente por el estudio histopatológico.

La éstasis venosa sería pues, elemento importante en este caso en corroboración de los hechos experimentales enunciados; y le confiere una rubricación clínica de verdadero valor.

En otra condición no menos importante hemos podido comprobar la aparición del infarto miliar en cuestión, fuera de toda intervención experimental. En un perro en el cual nos proponíamos realizar nuestra

experiencia, nos encontramos a la abertura del vientre, que poseía ya realizado el infarto miliar.

La misma difusión, forma, tamaño y topografía, presentaban los elementos hemorrágicos que los constituían, con una sola diferencia: los hematomas presentaban un color achocolatado, atestiguando que la lesión tenía ya varios días de evolución. La autopsia de este perro nos mostró que no tenía ninguna obturación venosa en ninguno de los sistemas venosos del omento cercanos o alejados, y que sus vísceras no presentaban lesiones de ninguna clase.

Este hecho único, al tiempo que prueba que la lesión obtenida experimentalmente, no puede ser imputada a un artificio divorciado de la realidad, muestra que su aparición está condicionada a fenómenos de vaso-dilatación o éstasis funcionales e intersos, cuando ciertas condiciones intervengan capaces de sobrepasar el límite normal de la capacidad de adaptación del sistema venoso omental.

Tal vez en este caso sería muy simpático suponer que un traumatismo violento abdominal en un momento de plétora digestiva, propició una vaso dilatación intensa que se acompañó de hemorragia endo-omental de tipo difuso. Ciertos hechos descritos en los procesos epiploicos humanos, podrán comprenderse mejor teniendo en cuenta este hecho de constatación.

LA OBLITERACION VENOSA PROVOCADA EPIPLOITIS MASIVA EXPERIMENTAL

Para provocar la obliteración venosa, hemos empleado las ligaduras anteriormente indicadas, y le hemos agregado la inyección de una sustancia obliterante venosa: salicilato de sodio al 30 %.

TECNICA. — Conociendo la dificultad con que se inyecta el epiplón por vía venosa, hemos realizado nuestra experiencia mediante dos elementos: 1.o) Ligadura de los dos pedículos venosos de depresión omental (retroduodenal y esplénico; y 2.o) Inyección de salicilato de sodio en la vena marginal del estómago (vena gastro-epiploica).

Hemos observado los siguientes hechos:

Es imposible tener la pretensión de inyectar el sistema venoso epiploico aún en proporciones limitadas. La sustancia inyectada refluye en cantidades importantes sea cual sea el sentido en que se inyecta. No nos ha sido posible inyectar realmente más de $\frac{1}{2}$ c. c. en el interior de esa vena y solamente lo hemos hecho en ese solo punto del gran sistema omental. La acción de la sustancia es pues limitada por su cantidad mínima y su localización estricta. No se puede hablar tampoco de una obturación trombosante progresiva, desde que la sustancia

empleada no tiene esa propiedad, y porque los cortes histopatológicos no revelan trombosis.

RESULTADOS. — En todos los casos hemos obtenido una epiploitis masiva y de la mayor evidencia. Dicha epiploitis química (perro operado asépticamente), se observa cuando entre el 10.º y 15 días hemos reabierto el vientre del perro y tiene los siguientes caracteres macroscópicos (foto VI).

1.º Es masiva, tomando todo el omento.

2.º Es hipertrófica, presentando el carácter de un verdadero tumor de considerable espesor.

3.º Es adhesiva pero con adherencias variables; poco intensas en algunos casos, importantes en otros.

4.º En un caso hemos constatado muerte del animal con evención post - operatoria al final de la primera semana (íleus paralítico?)

Microscópicamente (Foto VII) esta lesión presenta todos los caracteres de las epiploitis del tipo inflamatorio en evolución, que se observan en el hombre. La identidad es tan perfecta que si no se advierte su procedencia experimental, se diría seguramente que se trata de un fragmento epiploico de procedencia humana.

Las mismas lesiones del conjuntivo, la misma congestión y edema, los mismos focos de infiltración embriónica, los mismos islotes de organización cicatricial.

La inyección en la vena gastro - epiploica, nos obligaba a tener en cuenta las lesiones posibles proximales y a distancia provocadas en territorios venosos limítrofes. Hemos estudiado el estado del estómago y del bazo. Ni a simple vista, ni por el examen histopatológico hemos podido constatar lesión alguna en dichos órganos. Las tunicas gástricas en la proximidad del sitio inyectado no presentaban ninguna alteración. Para el bazo se hizo idéntica constatación (fotos VIII y IX).

La característica más saliente de esta epiploitis tumoral provocada, es que se ha podido obtener mediante una interrupción mínima y limitada a un solo punto del sistema venoso; por un procedimiento enteramente endo - omental, y con un resultado superponible a las lesiones de tipo subagudo o crónico observadas en la clínica humana.

COMENTARIOS FISIOLÓGICOS

Si consideramos al epiplón como un órgano y no como un sistema anti - agresivo, ensanchando el marco de su acción fisiológica y si tenemos en cuenta la importancia de las disposiciones venosas y su valor funcional, creemos poder establecer algunas sugerencias fisiológicas

que darán una idea más exacta de su razón morfológica y su rol al estado normal.

Los repliegues peritoneales obedecen en gran parte a una dirección embriológica que depende de la disposición de los vasos cuando éstos entran en su constitución en forma importante. El sistema epiploico lejos de ser un sistema de láminas peritoneales exclusivamente, es en realidad una lámina porta - vasos de gran extensión, en cuyo interior se desarrolla una vida intensa de intercambio a favor de su circulación predominante venosa.

Las plétoras fisiológicas de los órganos que más la necesitan por la importancia de su función digestiva, obligan al organismo a poseer en esos momentos de dispositivos que establezcan esa circulación; constituyendo reservorios de depresión que defiendan la integridad y la flexibilidad funcional del sistema circulatorio correspondiente.

El estómago, el bazo, el páncreas, presentan esos fenómenos de plétora intermitente capaces de rebasar la capacidad funcional de sus vasos propios. El epiplón con su gran extensión y la gran capacidad de circulación venosa, sería pues el órgano indicado de regularizar esas plétoras y de recibir el "trop - plein" consiguiente.

Los hechos conocidos de la fisiología gástrica y esplénica muestran esas plétoras en forma concluyente. Nuestras experiencias parecen probar que es en ese momento de plétora gastro - espleno - epiploica, que una interrupción de sistema venoso epiploico, provoca las condiciones mejores para la realización de un infarto hemorrágico que en algunas no se produce. La vinculación venosa de los dos sistemas gástrico y esplénico con los sistemas epiploicos de las láminas anterior y posterior, refuerzan en forma concordante esa idea.

La morfología y la fisiología del epiplón como órgano quedan así notablemente aclaradas, y aún manteniendo en un justo límite la mayoría de las prerrogativas clásicas; nos parece que la lógica lo designa como un sistema de depresión de emergencia, regularizador de la circulación alta del vientre en las circunstancias apuntadas.

Si no hubiera otro sistema depletivo en el organismo, podríamos poner reparos a este modo de pensar, que ya ha sido combatido a nuestro juicio equivocadamente.

Pero en realidad el sistema de las yugulares en el cuello presentan las mismas características como consecuencia de la frecuencia de las plétoras del cerebro y de la fragilidad de sus vasos; y en la profundidad de la pantorrilla un dispositivo venoso análogo regulariza las congestiones en el miembro inferior tan expuesto a realizarlas con caracteres antifisiológicos.

COMENTARIOS CLINICOS

En la mayoría de los trabajos destinados al estudio de la epiploitis, se advierte qué lugar importante tienen las epiploitis de causa focal o exógenas. Pero existen formas de inflamación epiploica desvinculadas de toda lesión visceral aparente, y que no reciben interpretación correcta si no se hace intervenir en forma constante el sistema venoso omental.

Examinemos 3 formas conocidas de procesos epiploicos crónicos que reciben designación a favor de su topografía, de su etiología o de su carácter anatómico más saliente: las epiploitis marginales, las epiploitis traumáticas y las epiploitis hemorrágicas.

EPIPLOITIS MARGINALES. — Han sido muy bien estudiadas por Walther y Haller. Se trata de lesiones crónicas en epiplón generalmente libre, constituidas en su esencia por formaciones granulosas de consistencia variable; duras como granos de arroz, de color rojo vivo o rojo vinoso, y que se disponen en forma predominante a lo largo del borde libre del omento con toda constancia.

La semejanza de estas disposiciones granulosas con el infarto reciente experimental que hemos obtenido en el perro, y su topografía siguiendo el trayecto de las venas marginales, habla bien elocuentemente en favor de su vinculación con infartos omentales endo-ometales.

EPIPLOITIS TRAUMATICAS. — Son poco frecuentes pero del mayor interés. Producidas por traumatismos cerrados del vientre, libres de toda etiología infecciosa, sin focos viscerales concomitantes; plantean un problema etiológico interesante. La observación tipo, es la señalada por Silhol y corresponde a su discípulo Giraud. Patada al nivel del hipocondrio izquierdo con fenómenos inmediatos de tipo peritoneal, que mejoran con bolsa de hielo momentáneamente. Pero, persistencia de un síndrome doloroso y cólico, que obliga a hacer una laparatomía de un mes después. Se constata una lesión que toma los 2/3 del epiplón con lesiones típicas de epiploitis crónica irritativa, y la desaparición de todo el cuadro clínico consecutiva a la resección del segmento enfermo.

La semejanza de este hecho clínico con el que hemos relatado anteriormente es evidente. En un perro hemos observado la casi totalidad del omento sembrado de pequeños hematomas cuya causa no se puede afirmar y que es lógico atribuir a algún traumatismo violento de abdomen. Pero la filiación de esta lesión sea cual sea la causa, es evidentemente vascular dada su identidad con el infarto que hemos provocado por ligadura.

La vaso - dilatación paralítica o post - traumática explicaría mediante su intervención la existencia de este tipo de epiploitis llamada traumática, pero cuya difusión escapa a la acción siempre limitada de un traumatismo, si no se hace actuar como adyuvante la posibilidad vascular que hemos apuntado y comprobada por los hechos experimentales que hemos referido.

EPIPLOITIS HEMORRAGICAS. — Se puede entender por epiploitis hemorrágica simplemente una lesión inflamatoria omental, presentando como elemento saliente histopatológico, la profusión e importancia de la hemorragia intersticial.

Pero también es posible pensar que en esos casos la epiploitis misma tiene tendencia hemorrágica una vez que los elementos primordiales que la constituyen se han establecido.

En el primer caso la hemorragia sería un elemento concomitante. En el segundo, se trataría de una complicación secundaria al establecimiento de la lesión primitiva.

Por las descripciones que se han dado parece ser que la segunda interpretación es la correcta y que se trata en realidad de verdaderos raptus hemorrágicos complicando la evolución de una epiploitis congestiva.

Las lesiones venosas en este tipo de epiploitis han sido muy bien señaladas por Reynier, Walther, Rouxlacroix. La vaso - dilatación venosa activa actuando en un epiplón con venas enfermas explica la serie de ictus hemorrágicos omentales que las caracterizan.

Si a esto se agrega la variabilidad del régimen circulatorio epiploico en relación con su función importante de deplesión, se comprenderá mejor por qué la unión de dos elementos: patológico (lesión venosa) y fisiológico (plétora) puedan ocasionar estas hemorragias sucesivas y difusas.

HEMORRAGIA Y EPIPLOITIS PROGRESIVA

Se tiene la noción entre los autores que se han ocupado con preferencia de la manera como se constituyen las epiploitis, que éstas casi nunca son totales de entrada.

Iniciadas en forma focal, de causa exógena o endógena, se extienden y progresan invadiendo sucesivamente porciones crecientes del omento.

La hipótesis que considera al epiplón como un ganglio "étale", estaba muy de acuerdo con esta modalidad patológica.

Pero ya ha comenzado una acción de oposición hacia este criterio que tiene una sustentación muy poco sólida.

Silhol emite serias dudas y resiste en gran parte este concepto.

Hemos insistido sobre la capacidad linfática del omento, y sobre las dudas que se presentan respecto de esta noción tan fácilmente admitida y tan lejos de estar probada.

Los infartos sanguíneos sucesivos, se encuentran con toda evidencia y constancia en las piezas de extirpación de todas las epiploitis de cualquier tipo que sean (endógenas o exógenas), y que hemos hecho examinar. Es posible constatar al lado de hemorragias recientes no atribuibles al acto operatorio, otras antiguas y otras en donde la organización cicatricial ya ha cobrado valor en relación con un foco hemorrágico extinguido.

La razón de la progresión de la lesión tiene en estas constataciones un punto de apoyo sólido a base de hechos; haciendo intervenir sin violencia estos accidentes hemorrágicos insistentes, con mayor verosimilitud que atribuyéndola a capacidades linfáticas muy hipotéticas.

COMENTARIOS TERAPEUTICOS

La manipulación cuidadosa del epiplón en todo acto operatorio es una noción ya incorporada definitivamente en cirugía abdominal.

Pero conviene aclarar que esa manipulación puede presentar variable agresividad.

De los hechos experimentales que hemos realizado se deduce que la movilización del epiplón en su porción libre admite cierta libertad de acción. En cambio las zonas más frágiles han parecido ser las dos astas venosas de depresión del mismo, al nivel de sus confluentes esplénico y retroduodenal.

Las tracciones experimentales muestran la aparición de verdaderos hematomas en esos sitios, que deben ser considerados como los puntos más frágiles en el curso de la manipulación operatoria.

Otro punto que merece señalarse, es el que se refiere a la conservación o supresión de la vena gastro - epiploica en cirugía radical gástrica o epiploica.

En las gastrectomías por úlcera, creemos que sea indiferente conservar o comprender en la extirpación la vena gastro epiploica, aunque personalmente la conservamos; y creemos preferible proceder en esa forma siempre que se pueda.

En cuanto a la extirpación de dicha vena en el curso de las resecciones extensas del epiplón por epiploitis, nos parece, contrariamente a otras opiniones, que convendría respetarla.

Las inyecciones obturantes a ese nivel muestran bien claramente

que determinan lesiones extensas del epiplón con prescindencia de toda lesión gástrica. En consecuencia la supresión de la continuidad de la vena gastro epiploica debe ser evitada; y debe ser considerada de más importancia por sus repercusiones epiploicas que gástricas.

Sutura uretral circular

Por el doctor AMERICO FOSSATI

Las secciones del uréter en cirugía general son excepcionales, no sólo en actos operatorios, sino en heridas y traumatismos; su situación profunda y defendida lo protege contra esa eventualidad, en cambio en cirugía ginecológica, de exprofeso o accidentalmente lo es con relativa frecuencia y esto se explica perfectamente por sus relaciones íntimas con el aparato genital de la mujer.

Personalmente no he intervenido más que en dos casos: uno de ellos en compañía y colaboración con el Dr. B. Cuenca y Lamas interesantísimo y lleno de sugerencias. Antes de entrar en consideraciones paso a describirlos.

OBSERVACION 1.a — Félix M., 25 años, soltero, uruguayo, reside en la Argentina donde es empleado público. Trastornos abdominales dolorosos, considerados como colitis rebeldes y cada vez más frecuentes e intensos, familia de apendicitis todas graves y algunos supurados, pero todos han sido operados y curados. Visto por el Dr. B. Cuenca y Lamas en una de esas crisis diagnóstica apendicitis crónica agudizada. Ingresa al Sanatorio Español donde es operado en agosto de 1915. Anestesia general con éter, incisión de Mac-Burney: apéndice pelviano grueso como un dedo, fibroso y adherido completamente al peritoneo de la fosa ilíaca y pequeña pelvis, cruza la línea innominada y su punta se pierde en un magma pelviano, se libera laboriosamente en parte sub-peritoneal y se extirpa. (No se hizo biopsia, lo que hubiera sido interesante por lo que se verá después). Drenaje con mecha y cierre parcial. Sigue bien pero al octavo día pierde orina por la herida y en cantidad abundante. Se supone que una pinza o ligadura ha sido puesta sobre el uréter y ha producido una escara cuya caída da lugar a la fistula; llama la atención no haber ningún signo de retención renal en esos días. Se efectúa un cateterismo del uréter derecho, el cateter se detiene a unos 9 cms. del meato, no sale nada de orina y no conseguimos de ningún modo que penetre en el cabo superior, se deja en permanencia y se decide intervenir, dejando la sonda en permanencia para servir de guía en el acto operatorio.

Setiembre de 1915. — (Anestesia general con éter, incisión oblicua ilio inguinal derecha, se llega al sub-peritoneo, se decola el peritoneo hasta alcanzar la pared lateral de la pelvis, se encuentra la punta de la sonda ureteral libre en tejido celular pelviano, emerge en medio de un magma inflamatorio, donde no se podían individualizar elementos anatómicos. Se consigue liberar apenas un cm. del cabo in-